

Rinopatías obstructivas crónicas

Dr. Juan Carlos Baluga*

Resumen

Las rinopatías obstructivas crónicas (ROC) configuran un grupo de afecciones muy frecuentes, sobre todo en la infancia. Incluye diferentes entidades clínicas, algunas de etiopatogenia poco clara, a menudo confundidas entre sí, de diagnóstico no siempre sencillo y con respuesta terapéutica variada.

Sus síntomas no se limitan habitualmente al sector nasal, sino que se asocian y complican con patología a nivel sinusal, ótico, ocular, en vías aéreas inferiores y con repercusión general de diverso grado.

La rinitis de causa alérgica (RA) es la de mayor prevalencia, la mejor estudiada y de mayores posibilidades terapéuticas.

El éxito del tratamiento de las diversas ROC se basa en un correcto diagnóstico, que individualice la entidad en estudio y permita aplicar el plan terapéutico para cada una de ellas.

En este artículo se hace una revisión de los aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos de las principales ROC, con especial atención a las de causa alérgica, con la finalidad de clarificar el tema.

Palabras clave: Rinitis – terapia
Rinitis alérgica
Rinitis alérgica perenne

Introducción

Las rinitis obstructivas crónicas (ROC) son afecciones muy comunes, sobre todo en la infancia, motivo habitual de consulta, causa de gran ausentismo escolar o laboral o ambos y enormes gastos en atención de salud⁽¹⁾.

Su prevalencia se sitúa entre 25–30% según diversos autores⁽²⁾.

A pesar de ello, no siempre son jerarquizadas adecuadamente por el médico, siendo consideradas enfermedades triviales, existiendo un subdiagnóstico de las mismas.

Su diagnóstico y manejo terapéutico no siempre es sencillo. Muchas de estas entidades tienen etiopatogenia poco clara y una pobre respuesta terapéutica. En su evolución suelen complicarse y enmascararse con otra patología (infección recurrente, otitis media secretoria, etc.) y más de una causa generadora de obstrucción nasal crónica puede coexistir en el mismo paciente.

La clasificación de las rinitis crónicas se describe en el cuadro 1.

Rinitis alérgica (RA)

La RA es la causa más común de ROC. Diversos estudios epidemiológicos sitúan su prevalencia en la infancia entre 10 y 20%⁽³⁾. Un reciente estudio publicado en nuestro país, muestra una prevalencia de 20.9%⁽⁴⁾. La vía aérea superior, incluyendo los senos paranasales y oído medio, está recubierta por un epitelio respiratorio que se continúa en vías aéreas inferiores. El proceso inflamatorio alérgico, afecta la mayoría de las veces, en mayor o menor grado a estos sectores, por lo cual esta afección debe ser considerada como una enfermedad de toda la vía aérea, hasta demostración de lo contrario (figura 1).

La RA se produce por inflamación crónica de la mucosa, debido a una sensibilización alérgica mediada por IgE⁽⁵⁾. La unión antígeno–anticuerpo en la superficie de mastocitos y basófilos nasales, libera mediadores químicos (histamina, prostaglandinas tromboxanos, leucotrienos) los cuales actúan en forma directa o refleja sobre vasos sanguíneos, glándulas y terminaciones nerviosas, produciendo las alteraciones patológicas responsables de los síntomas de la RA.

La exposición alérgica mantenida, perpetúa la infla-

* Jefe Unidad de Alergia y Asma Infantil Clínica Pediátrica «A». Hospital Pereira Rossell. Montevideo. Uruguay.

Correspondencia: Dr. Juan Carlos Baluga.

Alejandro Gallinal 1689 (11400). Montevideo, Uruguay.

Presentado: 2/2/94

Aceptado: 11/4/94

Cuadro 1
Clasificación

1) Rinitis inflamatorias

- Alérgicas*
 - a) estacionales
 - b) perennes
- Rinitis no alérgica con eosinofilia*
 - a) con intolerancia a la aspirina
 - b) idiopática
- Rinofaringitis o rinosinusitis infecciosa crónica*
 - a) primaria
 - b) secundaria
- Pólipos nasales*
 - a) eosinófilos
 - b) neutrófilos.
- Miscelánea* (tumores, etc.)

2) Rinitis no inflamatorias

- Medicamentosa*
 - a) medicamentos tópicos
 - b) de administración general
- Rinitis vasomotoras
- Rinitis por enfermedades generales

3) Rinitis por alteraciones estructurales

- Desviación del tabique nasal, atresia de coanas, etc.
- Misceláneas: traumatismo nasal, cuerpo extraño, alteraciones ciliares.

mación y condiciona un estado de hiperreactividad nasal inespecífica, al igual que la "facilitación" de la respuesta alérgica frente a mínimas concentraciones de alérgenos ("nasal priming") (6). Esto último justifica el mantenimiento de los síntomas que se observa a posteriori de los períodos de máxima exposición alérgica.

Las RA se clasifican en:

- 1) *Estacionales*. Predominan en cierta época del año y están vinculadas a sensibilización con pólenes ("fiebre del heno"). Son muy frecuentes en ciertas áreas geográficas, no así en nuestro país, donde no superaría 5% de todas las RA.
- 2) *Perennes*. Es la forma clínica más frecuente en nuestro medio y a la cual nos referiremos en general. Se relacionan con alergia a los alérgenos ambientales (ácaros del polvo doméstico, hongos anemófilos, etc.) y suelen iniciarse en la infancia. En nuestra casuística de la Unidad de Alergia Infantil, 40% se inicia durante el primer año de vida y 81% antes de los 5 años.

Los síntomas característicos de RA son: obstrucción

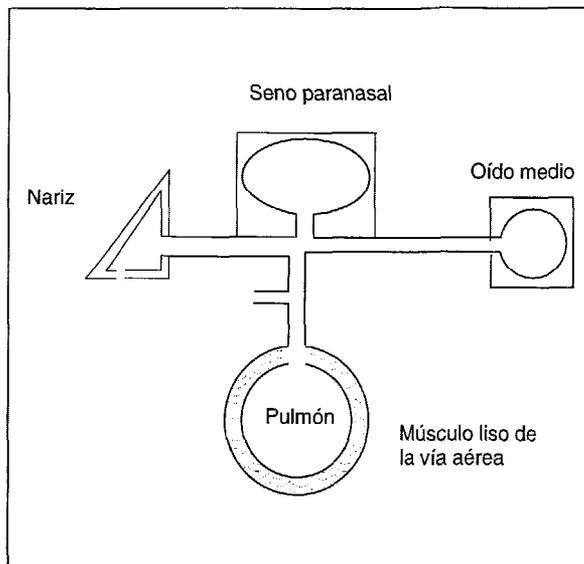


Figura 1. Esquema de las vías aéreas superiores, que muestra la continuidad del epitelio respiratorio en senos paranasales, oído medio y vías aéreas inferiores.

nasal, rinorrea, estornudos y prurito nasal.

Las crisis estornutatorias suelen iniciar los ataques, predominando en horas matinales, con los cambios de temperatura o frente a la exposición alérgica.

La rinorrea suele ser profusa y molesta, de tipo seroso (rica en eosinófilos), aunque en las formas crónicas puede ser mucosa o purulenta por sobreinfección.

El goteo posnasal acompaña frecuentemente la rinorrea anterior y es causa de tos.

La obstrucción nasal puede ser unilateral, bilateral o alternante de una u otra fosa nasal. La respiración bucal crónica que genera es causa de trastornos en la fonación, olfacción, audición y deformaciones máxilo-faciales.

El prurito suele ser muy molesto, localizándose no sólo en el sector nasal, sino también a nivel ocular, faringo-palatino y ótico.

Junto a estos síntomas que definen las RA suelen existir otros, no constantes, debidos a la repercusión de la inflamación alérgica sobre la propia nariz y los órganos vecinos: epístaxis, disminución del olfato, cefaleas fronto-orbitarias, hipoacusia.

En los casos severos las RA pueden producir trastornos generales de grado variado: fatiga, irritabilidad, trastornos del carácter, pérdida de la concentración, anorexia y trastornos del sueño.

Las estructuras oculares pueden participar del proceso alérgico, sobre todo en la rinoconjuntivitis polínica, traduciéndose clínicamente por prurito ocular, edema palpebral y periorbitario, lagrimeo y fotofobia.

La tos recurrente crónica es muy frecuente en estos pacientes y su origen se debe a múltiples factores, que

Cuadro 2
Antihistamínicos clásicos disponibles en Uruguay

Grupo	Nombre genérico	Nombre comercial	Laboratorio
Etanolaminas	Difenhidramina	Benadryl	Warner Lambert
		Aler Bernard	Bernard
		Tavegyl	Sandoz
Alkilaminas	Clorfeniramina	Clorotrimeton	Schering Plough
		Polaramine	Schering Plough
		Analerg	Sur
		Kalitron	Icu-Vita
Etilendiaminas	Clemizol	Allercur	Schering Uruguay
Fenotiazinas	Prometazina	Fenergan	Rhône Poulenc
Piperazinas	Hidroxicina	Ataroxone	Lazar
Otros	Piprinhidrinato	Colton	Brandt

pueden actuar en forma aislada o asociada: prurito e irritación faringo-palatina, corrimiento nasal posterior, hipertrofia o infección adenoideo-amigdalina o ambos e hiperreactividad bronquial.

El examen físico no debe limitarse al sector rinosinusal, sino que deben explorarse sistemáticamente todas aquellas regiones corporales donde se localizan las manifestaciones alérgicas: piel, ojos, oídos y bronquios. Dado que 48% de los niños asmáticos en nuestro país padecen rinitis alérgica, la exploración clínica y funcional del sector bronquial debe realizarse en todo niño con RA⁽⁴⁾.

La rinoscopia anterior suele mostrar una mucosa nasal de color pálido-azulado y edematosa, con cornetes hipertrofos y secreción con las características ya descritas.

El diagnóstico de las diferentes ROC se basa en la historia clínica, exámenes de laboratorio y estudio alergológico.

Las anamnesis y el examen físico son muy importantes para el diagnóstico.

La historia debe incluir los siguientes puntos:

- Edad de inicio (infancia, adultez).
- Frecuencia de síntomas: (estacional, perenne).
- Tiempo de sufrimiento: (semanas, meses, años).
- Severidad de síntomas: (leve, moderado, severo).
- Descripción de síntomas.
- Características y color de la secreción nasal.
- Posibles factores desencadenantes (alergenos, irritógenos, climáticos).
- Patología asociada a la alergia (loco-regional o general).
- Tratamiento recibido.

Estudios de orientación alergológica

Citología del moco nasal. La presencia de células inflamatorias en el citológico nasal y ocular ayudan a diferenciar distintos tipos de ROC. Eosinofilia mayor de 10% se observa en la RA y en la rinitis no alérgica eosinofílica. El predominio de neutrófilos es característico de infección, mientras que otras ROC no presentan predominio celular. La eosinofilia nasal abunda durante los empujes alérgicos, pero puede estar ausente en períodos asintomáticos. La técnica para el estudio citológico debe ser cuidadosa y puede requerir de varias muestras para lograr positividad.

Eosinofilia sanguínea. Orienta al diagnóstico de alergia, pero no es específico de ella.

Inmunoglobulina E sérica. Está elevada en la RA, sobre todo en pacientes atópicos, que asocian rinitis-asma o eczema o ambas.

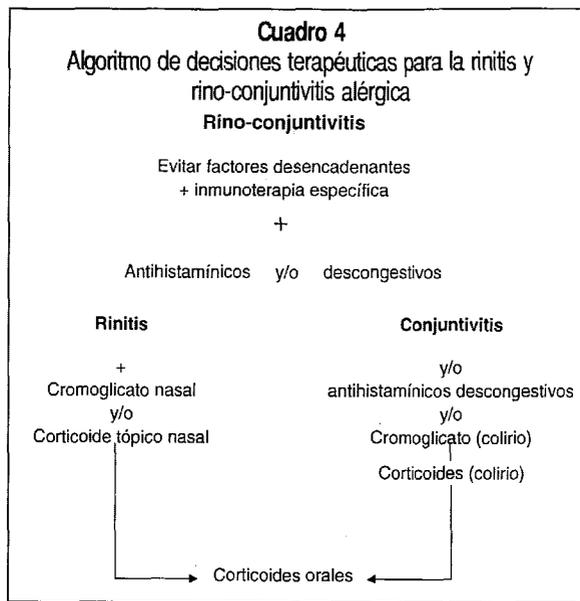
Estudios radiológicos

Radiología de senos paranasales: No es estudio de rutina. Aporta datos de valor para el diagnóstico positivo y para valorar sus complicaciones (infección, pólipos, etc.). La alergia se traduce radiológicamente por engrosamiento de la mucosa sinusal, nivel líquido, opacificación y formaciones polipoideas sinusales. El engrosamiento mucoso y la opacificación sinusal son el hallazgo más frecuente. Las imágenes radiológicas deben valorarse siempre en relación a la clínica, ya que no siempre existe una relación entre ambas.

Es conveniente no solicitar radiografías de senos faciales antes de los 4 años de edad debido al escaso desarrollo sinusal.

Cuadro 3
Antihistamínicos no sedativos de segunda generación disponibles en Uruguay

Nombre genérico	Nombre comercial	Laboratorio
*Astemizol	Hismanal	Janssen
	Flodin	Urufarma
	Alergistin	Szabo
	Alemizol	Sintyal
	Astemic	Microsules
	Histaplen	Bome
Terfenadina	Histamizol	Haymann
	Teldane	Servimedica
	Tolston	Gautier
	Histafenad	Haymann
Loratadina	Alerfedine	Lazar
	Alerfast	Pharma Investi
	Loratil	Urufarma
	Claritine	Schering Ploug
Citerizina	Zyrtec	Glaxo
Levocabastina	Livostin	Janssen
Oxatomida	Tinset	Janssen



ción nasal, auditiva o bronquial en todo paciente sospechoso clínicamente.

Rinomanometría: tiene escaso valor en las RA, sobre todo en pediatría.

Pruebas auditivas: Audiometría/Impedanciometría. La otitis media secretoria es una frecuente complicación de las ROC. El audiograma es un estudio de gran valor para evaluar dichas alteraciones auditivas. En niños menores de 3 años con dificultad para comprender y colaborar en esta técnica, el estudio impedanciométrico es útil para evaluar la función del oído medio.

Espirometría. Los estudios de la función pulmonar deben realizarse en todo paciente sospechoso de padecer asma asociada a la RA. En ocasiones en que la espirometría basal no aporta datos de valor puede ser necesario realizar pruebas de provocación con ejercicio o metacolina. Los estudios espirométricos se realizan en niños mayores de 6-8 años que colaboren correctamente con la técnica.

Tratamiento

Su objetivo es:

- ❑ Controlar los síntomas y restaurar la función nasal, a fin de mantener la integridad funcional de toda la vía aérea.
- ❑ Tratar la patología alérgica asociada (respiratoria o extra respiratoria) y sus posibles complicaciones.

Para lograr estos objetivos es necesario un manejo interdisciplinario entre médico/pediatra, alergista, otorrinolaringólogo, foniatra, etc., con adecuado conocimiento del tema.

Control ambiental: es un pilar básico en el tratamiento de la alergia respiratoria. Está dirigido a eliminar los alérgenos detectados por la historia clínica y las pruebas cu-

La radiografía de cavum permite valorar patología adenoidea, al igual que hipertrofia de cola de cornetes.

La tomografía computada de senos puede ser de ayuda diagnóstica en ciertos casos en los cuales la radiología convencional es insuficiente.

Métodos de diagnóstico alergológico

La historia alergológica es muy importante para la orientación etiológica. Debe complementarse con pruebas «in vivo» (pruebas cutáneas, de provocación, dietas de eliminación), e «in vitro» (RAST) (7).

Las pruebas cutáneas (técnica de «prick» o intradérmica) son un método sencillo y eficaz para detectar hipersensibilidad ante alérgenos sospechados por la anamnesis, a fin de ser utilizados posteriormente en el control ambiental y en inmunoterapia específica.

Cuando las pruebas cutáneas no pueden realizarse (niño pequeño, lesiones extensas de piel), pueden detectarse anticuerpos IgE séricos específicos para diferentes alérgenos por el método de RAST o ELISA. Las pruebas de provocación nasal con alérgenos inhalatorios pueden tener cierta utilidad pero no son estudios de uso habitual.

Para valorar alérgenos alimentarios se utilizan dietas de exclusión (mejoría) y provocación (desencadenamiento de síntomas).

Exámenes de valoración funcional

Es necesario valorar las posibles alteraciones de la fun-

táneas (ácaros del polvo doméstico, hongos anemófilos, animales, pólenes) y los irritantes inespecíficos (humo de cigarrillos, aerosoles, olores, etc.). El médico debe educar al paciente y su familia e indicar normas de higiene ambiental, tendientes a evitar o disminuir dicha exposición.

Manejo farmacológico. Su éxito depende de la correcta utilización de los diferentes fármacos disponibles, según la sintomatología clínica predominante en las diferentes ROC.

Antihistamínicos. Son medicamentos de primera línea en el tratamiento de la RA. Su eficacia es mayor para el alivio del prurito nasal, estornudos y rinorrea, siendo menos efectivos para mejorar la obstrucción. Dado que actúan por antagonismo competitivo de la histamina a nivel de los receptores de las células blanco, son más eficaces cuando ellos se utilizan durante períodos prolongados, que cuando se usan en el empuje agudo. Los antihistamínicos de primera generación (cuadro 2) suelen producir efectos colaterales en pacientes sensibles (sedación por acción sobre el sistema nervioso central y acción anticolinérgica)⁽⁸⁾. Estos efectos se minimizan en los antihistamínicos de segunda generación (cuadro 3). La mayor duración del efecto farmacológico en estos nuevos antihistamínicos favorece el cumplimiento de la medicación crónica.

En los últimos años se han desarrollado antihistamínicos para uso tópico, en busca de lograr mayores concentraciones en las mucosas y evitar sus efectos sistémicos. La levocabastina es un antihistamínico en forma de spray nasal y gotas oculares, de reciente aparición en nuestro país, indicado en la rinitis y conjuntivitis alérgica⁽⁹⁾.

Ketotifeno: "Zaditen" (Sandoz), "Ketonal" (Pharma-Investi), "Respimex" (Greco), "Ketane" (Athena), "Ketalerg" (Sur), "Vetirene" (Celsius). Es un fármaco orientado al tratamiento preventivo del asma, que tiene también acción antihistamínica, por lo cual es útil para el tratamiento de las RA, sobre todo en aquellos pacientes que asocian rinitis y asma.

En estudio realizado por nuestro grupo en niños con alergia rinosinusal tratados con ketotifeno, se comprobó efectividad en 70% de casos⁽¹⁰⁾.

Cromoglicato disódico: "Rhynacrom" (Servimedica). Es un estabilizador mastocitario, que previene la reacción inmediata y tardía de la RA. Al igual que los antihistamínicos tiene escasa eficacia en el alivio de la obstrucción nasal. Se utiliza en forma de spray nasal, en solución acuosa a 4% y cada instilación libera 5,2 mg de cromoglicato. Su dosis inicial es de una instilación en cada narina 4 veces al día, pudiéndose reducir a 2 o 3 luego del alivio y estabilización de los síntomas. Es un fármaco muy seguro, sin efectos colaterales, eficaz en la RA de

grado leve a moderada.

El cromoglicato en forma de colirio se utiliza con el mismo fin en las conjuntivitis alérgicas.

Descongestivos. Simpaticomiméticos alfa agonistas

a) *Descongestivos orales* (Pseudoefedrina y fenilpropolanolamina) actúan reduciendo el edema y congestión nasal a través de su acción vasoconstrictora. En nuestro país sólo existen asociados con antihistamínicos. Están indicados en las ROC con predominio obstructivo. Pueden presentar efectos colaterales: nerviosismo, taquicardia, hipertensión arterial. Dosis de pseudoefedrina: 4 mg/kg/día vía oral dividida en 4 dosis⁽¹¹⁾.

b) *Descongestivos locales:* Son derivados imidazolínicos, conocidos popularmente como «gotas nasales». Están indicados solamente en niños mayores, con bloqueo nasal severo o con sinusitis aguda. Dado los inconvenientes que genera su uso prolongado: irritación local, taquifilaxis y efecto rebote (rinitis medicamentosa), se recomienda en lo posible no usarlos por períodos mayores de 7 días.

Corticoides

a) *Uso tópico.* Son potentes antiinflamatorios, indicados en la RA que no mejora con antihistamínicos o cromoglicato. Existen diferentes fármacos: acetona de triamcinolona, dipropionato de beclometasona, budesonide, flunisolide, fluticasone propionato. En nuestro país sólo disponemos de dipropionato de beclometasona "beconase" (Glaxo), "Oxiplus nasal" (Haymann) y propionato de fluticasone "Flixonase" (Glaxo). Las dosis habituales de beclometasona para mejorar los síntomas están entre 200 y 400 µg/día, pudiéndose utilizar dosis mayores. Sus efectos colaterales más comunes son resecamiento de la mucosa nasal y epistaxis. No suelen producir moniliasis nasal.

b) *Corticoides sistémicos:* su uso está limitado a la RA de grado severo asociado o no a sinusitis, otitis media serosa, pérdida del olfato y por breves períodos.

Anticolinérgicos tópicos: bromuro de ipratropium. "Atrovent" (Emar-Boehringer Ingelheim).

Su eficacia ha sido demostrada en el tratamiento de la rinitis hipersecretante⁽¹²⁾, no así en otras situaciones clínicas. Sus efectos colaterales son: resecamiento y costras de la mucosa nasal y epistaxis.

Inmunoterapia

Este método consiste en inyectar extractos alérgicos seriados en el tiempo, a los cuales el paciente ha demostrado ser sensible, con el objetivo de modificar su respuesta inmunológica y reducir los síntomas en exposición

nes futuras. Su eficacia mayor se manifiesta en la RA por sensibilidad a pólenes y ácaros (dermatofagoides). Diversos estudios realizados con dichos alérgenos demostraron la eficacia de la inmunoterapia, traducido en mejoría significativa del *score* de síntomas y reducción de la medicación asociada ⁽¹³⁾.

Rinitis no alérgica con eosinofilia

Su incidencia real se desconoce aunque para algunos autores podría llegar a 15% de las ROC del adulto y 5% del niño ⁽¹⁴⁾. Su patogenia es poco clara y algunos la vinculan con alteraciones en la biosíntesis de las prostaglandinas.

Sus síntomas clínicos son similares a los de la RA y presentan también eosinofilia en la secreción nasal, pero a diferencia de aquella, los niveles séricos de IgE son normales y las pruebas cutáneas son negativas. Tiene una pobre respuesta a la medicación antihistamínica, siendo algo más efectiva la corticoterapia tópica. Esta ROC suele asociarse con poliposis nasal, asma e intolerancia a la aspirina.

Rinofaringitis y rinosinusitis infecciosas crónicas

Es la inflamación de la mucosa rinosinusal, de causa infecciosa, de tipo supurado o no. Puede ser debida a causas primarias (síndrome de las cilias inmóviles) o más frecuentemente secundaria a patología adenoideo amigdalina, pólipos nasales, alergia nasal, alteraciones de la estructura nasal, rinitis medicamentosa, inmunodeficiencias, etc.

Los síntomas característicos son: obstrucción nasal, rinorrea mucopurulenta, tos, corrimiento nasal posterior, cefaleas con o sin fiebre y a veces repercusión general. Es frecuente la extensión de la infección al oído y sector faringo tráqueo bronquial.

El cultivo rinofaríngeo no es un indicador fiel del agente causal y en ocasiones, ante el fracaso de los antibióticos, se recurre a la punción sinusal con estudio bacteriológico. Los gérmenes más comunes son: estreptococo, Hemófilus influenza, estafilococo, neumococo, etc.

El tratamiento de la rinosinusitis debe orientarse a combatir la infección, facilitar el drenaje de secreciones y eliminar los factores predisponentes.

Rinopatía vasomotora

Es una entidad poco frecuente en el niño pequeño, pero su incidencia aumenta en el adolescente, sobre todo del sexo femenino. Su patogenia es desconocida, aunque se vincula a una alteración en el control vasomotor de los cornetes nasales. Podría representar una exageración patológica del ciclo fisiológico de regulación de los cornetes nasales, que controla la entrada de aire en la vía aérea

superior.

Ciertos estímulos inespecíficos como humedad, cambios de temperatura, alteraciones de la presión barométrica, etc., suelen desencadenar la obstrucción nasal y la rinorrea, que son los síntomas predominantes en estos pacientes.

La eosinofilia nasal es negativa, la IgE sérica es normal y no hay alérgenos demostrables en el estudio alérgico. Habitualmente se llega al diagnóstico por exclusión, valorando para ello también la pobre respuesta a la medicación antihistamínica y corticoidea.

Rinitis medicamentosa

- a) Por uso de medicación general, sobre todo fármacos hipotensoras (reserpina, metil dopa, clonidina, hidralazina, labetalol, etc.). Estas causas de ROC son poco frecuentes en el niño.
- b) Por medicación vasoconstrictora tópica. Es producida por el uso de gotas nasales a permanencia, las cuales generan cambios del pH del moco nasal, con alteración de la mucosa que se transforma en un epitelio de tipo plano estratificado. El tratamiento de esta entidad requiere del abandono de las gotas nasales y un correcto manejo de las causas que motivan el uso de las mismas.

Pólipos nasales

Se originan frecuentemente en los senos etmoidales o maxilares y de allí se extienden y afloran en las fosas nasales.

Se clasifican en eosinofílicos y neutrofilicos según el predominio celular en la anatomía patológica y en la citología de los mismos. Los pólipos eosinófilos se vinculan a procesos alérgicos, dado que suelen asociarse con síntomas de alergia respiratoria, niveles elevados de IgE sérica, eosinofilia local y presentar una buena respuesta a la medicación antialérgica y corticoidea, no así los infecciosos ⁽¹⁵⁾.

La poliposis nasal es muy poco frecuente en la infancia. Dado que la mucoviscidosis suele asociarse con pólipos nasales, se debe realizar el test de sudor en todo niño portador de pólipos. En la adolescencia y adultos debe buscarse la asociación con intolerancia a la aspirina.

El tratamiento se basa en corticoides tópicos/orales, polipectomía y tratamiento de la alergia en los pólipos vinculados a dicha etiología.

Résumé

Surtout pendant l' enfance, les rhinopathies obstructives chroniques (ROC) deviennent très fréquentes. Elles comprennent de différentes formes cliniques, certaines à étiopathogénie pas claire, souvent confondues entre elles,

adiagnóstico pas toujours simple et à réponse thérapeutique variée.

Leur symptômes ne se bornent pas au nez, mais s'associent à des pathologies sinusales, otiques, oculaires, respiratoires et à répercussion générale.

La rhinite allergique (RA) est la plus fréquente, la plus étudiée et celle qui a de meilleures possibilités thérapeutiques.

Le bon diagnostic des ROC est à la base du succès du traitement, et permet d'individualiser leur entité et d'établir un plan thérapeutique pour chacune.

Dans cet article, on fait une révision des aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques des principales ROC, tout en mettant l'accent sur celles dont l'origine est allergique.

Summary

Chronic obstructive rhinopathies (COR) comprise a group of very frequent ailments, particularly in children. It includes different clinical entities, some of them of unclear etiopathogeny, often mistaken between each other, of a diagnosis not always plain and with a varied therapeutic response.

Its symptoms are not habitually restricted to the nasal sectors, but involve association and complication with pathology at the sinusal, otic, ocular level, at the lower airways and with general repercussion of different degrees.

Rhinitis of allergic etiology (AR) is of greater prevalence, best studied and of greater therapeutic possibilities.

The successful treatment of the various COR's is based on a correct diagnosis designed to identify the entities submitted to study, enabling the application of the therapeutic schedule targeted for each of them.

This article undertakes a revision of the clinical, diagnostic and therapeutic aspects of the main COR's, with special stress on the allergic causation, with an aim to properly clarify the subject.

Bibliografía

1. Meltzer E, Zeiger R, Schatz M, Jalowayski A. Rinitis crónica en lactantes y niños: Consideraciones etiológicas, diagnósticas y terapéuticas. *Clin Pediatr Norte Am* 1983; (5) 831-53.
2. Settupane GA. Rinitis: Introducción. In: Settupane GA. *Rhinitis* 2nd ed. Providence: OceanSide, 1991: 1-14.
3. Smith JM. The epidemiology of allergic rhinitis. In: Settupane GA, *Rhinitis*. 2nd ed. Providence: OceanSide, 1991: 151-60.
4. Baluga JC, Sueta A. Prevalencia del asma y enfermedades alérgicas en la población infantil de Uruguay. *Rev Med Uruguay* 1993; 9: 30-6.
5. Naclerio R. The pathophysiology of allergic rhinitis. Impact of therapeutic intervention. *J Allergy Clin Immunol* 1987; 82: 927-34.
6. Connell JT. Quantitative intranasal pollen challenges. III. The priming effect in allergic rhinitis. *J Allergy* 1969; 43: 33-44.
7. Baluga JC. Exploración de la alergia y el asma bronquial. In: Gentile Ramos I. *Semiología Pediátrica*. Montevideo, Oficina del Libro-AEM, 1993: 31-9.
8. Busse W. New directions and dimensions in the treatment of allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 1987; 82: 890-900.
9. Janssens M, Vanden Bussche G. Levocabastine: an effective topical treatment of allergic rhinoconjunctivitis. *Clin Exp Allergy* 1991; 21: (2) 29-36.
10. Baluga JC, Ceni M. Ketotifeno en la rinitis alérgica del niño. *Rev Argent Asma Alergia Inmunol* 1987; 4 (7): 197-210.
11. Naspitz CK, Tinkelman DG. Basic principles of therapeutics: allergic rhinitis and asthma. In: Naspitz CK, Tinkelman DG. *Childhood rhinitis and sinusitis. Pathophysiology and treatment*. New York: Marcel Dekker, 1990: 87-108.
12. Von Haacke NP, Moore-Guillon V, Capel LH. Double blind crossover trial of ipratropium and placebo in chronic rhinorrhea. *Br Med J* 1983; 287: 1258-9.
13. Ohman J. Clinical and immunologic responses to immunotherapy. In: Lockett R, Bukantz S. *Allergy Immunotherapy*. New York: Marcel Dekker, 1991: 209-32.
14. Mullarkey M. Eosinophilic non allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol* 1987; 982: 941-9.
15. English GM. Nasal polyps and sinusitis. In: Middleton E, Reed CF, Ellis EF. *Allergy: Principles and Practice*, 2nd ed. St. Louis: Mosby, 1983: 1215-48.